

## 2017-2018 रिटर्निंग आवेदन

2017-2018 Returning Application

## भाग A: बच्चे की जानकारी

बच्चे की जानकारी	बच्चे का प्रथम नाम: _____ मध्य नाम: _____ अंतिम नाम: _____
	जन्म तिथि: _____ लिंग: <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री टेलीफोन: _____
	पता: _____
	भवन का नाम/संख्या: _____ शहर: _____ जिल्ला: _____

## भाग B: स्वास्थ्य और विकास से संबंधित जानकारी

बच्चे की जानकारी	<input type="checkbox"/> श्वास (अस्थमा, RSV, RAD, अन्य रोग) <input type="checkbox"/> मधुमेह <input type="checkbox"/> दौरे <input type="checkbox"/> हृदय की स्थिति <input type="checkbox"/> भोजन एलर्जी (सूची): _____ <input type="checkbox"/> निगलना <input type="checkbox"/> गैर भोजन एलर्जी (सूची): _____ <input type="checkbox"/> अन्य (सूची): _____
	क्या आपके बच्चे को स्वास्थ्य से संबंधित कोई अन्य समस्या है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ यदि हाँ, तो उन सभी पर सही का निशान लगाएँ जो लागू होते हैं:
	<input type="checkbox"/> भोजन और/या विशेष आहार <input type="checkbox"/> जन्म के समय कम वजन (5.5 एलबीएस या कम) <input type="checkbox"/> श्रवण शक्ति <input type="checkbox"/> दांत दर्द/क्षय/मसूदों से खून बहना <input type="checkbox"/> दृष्टि <input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य <input type="checkbox"/> नशीली दवा/शराब से प्रभावित <input type="checkbox"/> भोजन असहिष्णुता (सूची): _____ <input type="checkbox"/> स्वास्थ्य संबंधित अन्य समस्याएँ (सूची): _____
	क्या आपके बच्चे का मेडिकल इश्योरेंस है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ यदि हाँ, तो किस प्रकार का: <input type="checkbox"/> एप्पल स्वास्थ्य / प्रदाता एक <input type="checkbox"/> निजी <input type="checkbox"/> भारतीय स्वास्थ्य <input type="checkbox"/> अन्य: _____
	क्या आपका शिशु के दांतों का बीमा है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ यदि हाँ, तो किस प्रकार का: <input type="checkbox"/> एप्पल स्वास्थ्य / प्रदाता एक <input type="checkbox"/> निजी <input type="checkbox"/> भारतीय स्वास्थ्य <input type="checkbox"/> अन्य: _____
	क्या आपके बच्चे ने अनुभव किया है (जो लागू हों उस पर सही का निशान लगाएं): <input type="checkbox"/> अपशब्द/अनदेखा <input type="checkbox"/> पालक गृह देखभाल <input type="checkbox"/> व्यवहार के कारण शिशु देखभाल केन्द्र से निकलने के लिए ये कहा गया है
	क्या आपके बच्चे की कोई विशेष जरूरत है? (उन सभी पर सही का निशान लगाएँ जो लागू होते हैं): <input type="checkbox"/> निजी शिक्षा योजना (IEP) <input type="checkbox"/> निजी परिवार सेवा योजना (IFSP) <input type="checkbox"/> नैदानिक अयोग्यता <input type="checkbox"/> गत 6 माह में प्रारंभिक हस्तक्षेप जन्म के 3 कार्यक्रमों में नामांकन
	क्या आपको अपने बच्चे के विकास के विषय में चिंताएँ हैं? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ यदि हाँ, तो उन सभी पर सही का निशान लगाएँ जो लागू होते हैं: <input type="checkbox"/> वाणी/बोलना (आवाज़ करना, देर से बोलना, समझने में परेशानी होना तथा /या दूसरों को समझने में कठिनाई होना) <input type="checkbox"/> ग्रहण करने में अच्छा (सीखना, चित्र बनाना, लिखना तथा/या कपड़े पहनना) <input type="checkbox"/> व्यवहार (मारना, काटना, आवेशित होना और/या असहयोग करना) <input type="checkbox"/> कुल ग्रहणता (टहलना, चढ़ना, फेंकना, गोल घूमना, आंख न मिलाना, दक्षता का अभाव) <input type="checkbox"/> अन्य समस्याएँ: _____

## भाग C: पारिवारिक जानकारी

बच्चा इनके साथ रहता है: <input type="checkbox"/> एक अभिभावक/संरक्षक <input type="checkbox"/> दो अभिभावक/ संरक्षक	
माता-पिता/अभिभावक(कों) का आवेदक के साथ संबंध: <input type="checkbox"/> पालक माता-पिता <input type="checkbox"/> दादा-दादी <input type="checkbox"/> चाचा/चाची	
<input type="checkbox"/> जैविक माता पिता <input type="checkbox"/> दत्तक माता-पिता <input type="checkbox"/> सौतेले अभिभावक(कों) <input type="checkbox"/> अन्य: _____	
माता-पिता/अभिभावक की जानकारी	<b>माता-पिता/अभिभावक</b> <input type="checkbox"/> माता <input type="checkbox"/> पिता <input type="checkbox"/> अन्य नाम: _____ पता - बच्चे के पते से भिन्न हो: _____ _____ _____
	<b>माता-पिता/अभिभावक</b> <input type="checkbox"/> माता <input type="checkbox"/> पिता <input type="checkbox"/> अन्य नाम: _____ पता - बच्चे के पते से भिन्न हो: _____ _____ _____
	मुख्य फोन: _____ <input type="checkbox"/> गृह <input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> कार्य <input type="checkbox"/> संदेश
	अतिरिक्त फोन: _____ <input type="checkbox"/> गृह <input type="checkbox"/> सेल <input type="checkbox"/> कार्य <input type="checkbox"/> संदेश

माता-पिता/अभिभावक की जानकारी	ईमेल पता: _____	ईमेल पता: _____
	जन्म तिथि: _____ माह / दिन / वर्ष	जन्म तिथि: _____ माह / दिन / वर्ष
	<b>शिक्षा का स्तर (पूरी की गई सबसे उच्च शिक्षा पर सही का निशान लगाएँ)</b> <input type="checkbox"/> ग्रेड 6 या कम <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> ग्रेड 7 <input type="checkbox"/> उच्च विद्यालय स्नातक <input type="checkbox"/> ग्रेड 8 <input type="checkbox"/> कालेज / एड्वांस. प्रशिक्षण <input type="checkbox"/> ग्रेड 9 <input type="checkbox"/> डिग्री कालेज/प्रशिक्षण प्रमाणपत्र <input type="checkbox"/> ग्रेड 10 <input type="checkbox"/> सम्बद्ध डिग्री <input type="checkbox"/> ग्रेड 11 <input type="checkbox"/> स्नातक डिग्री <input type="checkbox"/> ग्रेड 12 (कोई डिप्लोमा नहीं) <input type="checkbox"/> स्नातकोत्तर की डिग्री	<b>शिक्षा का स्तर (पूरी की गई सबसे उच्च शिक्षा पर सही का निशान लगाएँ)</b> <input type="checkbox"/> ग्रेड 6 या कम <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> ग्रेड 7 <input type="checkbox"/> उच्च विद्यालय स्नातक <input type="checkbox"/> ग्रेड 8 <input type="checkbox"/> कालेज / एड्वांस. प्रशिक्षण <input type="checkbox"/> ग्रेड 9 <input type="checkbox"/> डिग्री कालेज/प्रशिक्षण प्रमाणपत्र <input type="checkbox"/> ग्रेड 10 <input type="checkbox"/> सम्बद्ध डिग्री <input type="checkbox"/> ग्रेड 11 <input type="checkbox"/> स्नातक डिग्री <input type="checkbox"/> ग्रेड 12 (कोई डिप्लोमा नहीं) <input type="checkbox"/> स्नातकोत्तर की डिग्री
	क्या माता-पिता/अभिभावक अमेरिकी सैन्य नौकरी में हैं? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ क्या माता-पिता/अभिभावक अमेरिकी सेवानिवृत्त सैनिक हैं? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ क्या माता-पिता/अभिभावक नौकरी करते हैं, प्रशिक्षण देते हैं या स्कूल में हैं? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ माता-पिता/अभिभावक नौकरी में हैं? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> फुल टाइम <input type="checkbox"/> पार्ट टाइम <input type="checkbox"/> सामयिक <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त <input type="checkbox"/> विकलांग अगर कार्यरत हैं, तो एक सप्ताह में कितने घंटे? _____	क्या माता-पिता/अभिभावक अमेरिकी सैन्य नौकरी में हैं? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ क्या माता-पिता/अभिभावक अमेरिकी सेवानिवृत्त सैनिक हैं? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ क्या माता-पिता/अभिभावक नौकरी करते हैं, प्रशिक्षण देते हैं या स्कूल में हैं? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ माता-पिता/अभिभावक नौकरी में हैं? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> फुल टाइम <input type="checkbox"/> पार्ट टाइम <input type="checkbox"/> सामयिक <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त <input type="checkbox"/> विकलांग अगर कार्यरत हैं, तो एक सप्ताह में कितने घंटे? _____
	क्या आपको दुभाषिण की आवश्यकता है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ आप कौन सी भाषा(एँ) बोलते हैं? _____	क्या आपको दुभाषिण की आवश्यकता है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ आप कौन सी भाषा(एँ) बोलते हैं? _____
	अपने परिवार की सहायता के लिए, कृपया आप अपने और/या अपने परिवार की चिंता के सभी विषयों के क्षेत्रों पर निशान लगाएं। <input type="checkbox"/> विकलांगता/काम करने में अयोग्य <input type="checkbox"/> नौकरी/रोजगार <input type="checkbox"/> परिवार या दोस्तों से थोड़ी मदद या कोई मदद नहीं <input type="checkbox"/> नशा/अल्कोहल का मामला <input type="checkbox"/> सीखने में परेशानी होना <input type="checkbox"/> अप्रवासी/शरणार्थी (गत 3 वर्षों से) <input type="checkbox"/> स्वास्थ्य संबंधी समस्याएं <input type="checkbox"/> चिकित्सा रक्षा (कवरेज) <input type="checkbox"/> हानि/गहरा शोक <input type="checkbox"/> कैदी अभिभावक(कों) <input type="checkbox"/> पारिवारिक हिंसा <input type="checkbox"/> घर <input type="checkbox"/> कानूनी मामले <input type="checkbox"/> सैन्य तैनाती (वर्तमान या गत वर्ष में) <input type="checkbox"/> अप्रवासी <input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य, पोस्ट पार्टम अवसाद, चिंता, अवसाद, PTSD <input type="checkbox"/> पिछली CPS भागीदारी <input type="checkbox"/> गत 12 माह में गृहविहीनता (वर्तमान में नहीं)	

मैंने इन प्रश्नों के उत्तर अपनी श्रेष्ठ जानकारी के अनुसार दिए हैं। प्रदान की गई जानकारी का उपयोग प्रारंभिक शिक्षा कार्यक्रमों में मेरे बच्चे की पात्रता का निर्धारण करने के लिए किया जाएगा।

**नोट:** आपके आवेदन में निहित जानकारी गोपनीय है और इसका उपयोग केवल पात्रता का निर्धारण करने के लिए किया जाता है। हम यह जानकारी आव्रजन या अन्य सरकारी प्राधिकरणों को नहीं देते हैं।

माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तिथि: \_\_\_\_\_

For Staff Use Only	
Is this child returning to the same center? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If not, which center is the child returning to? _____	
<b>Forms Needed: New</b> <input type="checkbox"/> Parent/Guardian Consent and Emergency Treatment <input type="checkbox"/> Safe Arrival/Departure Agreement <input type="checkbox"/> Release/Exchange of Confidential Information (as needed) <input type="checkbox"/> Parent Interest Survey <input type="checkbox"/> Family Engagement Survey <input type="checkbox"/> Initial School Readiness Goal Form <input type="checkbox"/> Child Enrollment Information Form (Preschool or Infant/Toddler)	<input type="checkbox"/> MD Statement for Administration of Medications (as needed) <input type="checkbox"/> Medical Exam (every 12 months for preschool, more frequent for EHS) <input type="checkbox"/> Dental Exam (every 6 months) <input type="checkbox"/> New H & D History if longer than 2 years in program <input type="checkbox"/> Child Health Plan (as needed, NPLT – PLT done by SRC Health for EHS/HS, Nurse Consultant for ECEAP) <input type="checkbox"/> HIPAA (Health Information Exchange – only as needed) <input type="checkbox"/> Parent Authorization for Medication Administration (as needed)
<b>Update or Review/Parent re-sign and date</b> <input type="checkbox"/> Family Partnership Agreement (EHS Home Based Only) <input type="checkbox"/> Family Partnership Plan <input type="checkbox"/> Eligibility Verification Form (EHS transferring to preschool or 3 <sup>rd</sup> year HS)	<input type="checkbox"/> Family Enrollment Visit Record <input type="checkbox"/> Health/Developmental History (review or update for year 1&2, new form for 3rd year) <input type="checkbox"/> Race & Ethnicity Form (complete if missing from current year) <input type="checkbox"/> Food Introduction Record Form (EHS)